

**ARTIGO
ORIGINAL****Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba.****Clinical and demographical profile of chronic musculoskeletal pain patients assisted at Brazilian Health Public System.**

José Eduardo Martinez¹, Ana Carolina Macedo², Daniel Faria de Campos Pinheiro², Fernando Correa Novato², Caio Marcelo Jorge², Danielle Trevisani Teixeira².

RESUMO

O objetivo desse estudo é determinar o perfil demográfico e clínico dos pacientes dor crônica acompanhados nos três níveis de atendimento público à saúde. Avaliou-se 150 pessoas no Centro de Saúde Escola (CSE) (50), na Policlínica Municipal de Sorocaba (50) e no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) (50). Observou-se forte predominância do sexo feminino nas três unidades avaliadas (CSE - 74%; POLICLÍNICA - 66%; CHS - 80%). Em relação a idade houve um predomínio da faixa acima dos 60 anos no CSE (50%) e da faixa entre 41 e 60 anos na Policlínica (52%) e CHS (50%). Quanto à distribuição articular, houve um predomínio da dor oligoarticular no CSE (60%) e de distribuição poliarticular no CHS (60%). Na Policlínica a maioria das queixas se concentrou na coluna vertebral (52%), No CSE (40%) um maior número de pacientes referiu desconhecer um diagnóstico estabelecido em relação aos pacientes da Policlínica (20%) e do CHS (16%). Observa-se, maior continuidade no tratamento no CHS em relação ao CSE e Policlínica. No CSE 28% dos pacientes referiam manter tratamento contínuo em comparação com 74% na POLICLÍNICA e 92% no CHS. Nas agudizações, os pacientes do CSE tomam remédio por conta própria em sua maioria, enquanto que grande parte dos pacientes da Policlínica e do CHS tomam remédio conforme orientação médica. Conclui-se que as unidades secundárias e terciárias de atendimento público a saúde estão aptas a atender casos de maior complexidade e, portanto, em número insuficiente para atender a demanda.

PALAVRAS CHAVE

Dor crônica, sistema de saúde/ normas, características clínicas

SUMMARY

The purpose of this study is to determine the demographic and clinical profile of patients with muscle-skeletal chronic pain and treated at the three levels of health public services. One hundred and fifty patients were evaluated, being divided in three groups according to the clinical setting of origin: Basic Unit of Health (BUH), City Specialty Clinic (CSC) and University Clinic (UC). It was observed a strong female predominance in the three groups. (BUH - 74%; CSC - 66%; UC - 80%). The observed age distribution showed that most of the patients from BUH were above 60 years old (50%) and most patients of the other two units were between 41 and 60 years old. In relation to joint distribution, most part of patients at the BHU presented with involvement of less than 4 joints (60%) and at the UC more than 4 joints (60%). At the CSC, most of the complains were localized at the vertebral spine. Unspecific diagnoses were reported more often at the BUH (40%) than at the CSC (20%) and UC (16%). There were less discontinuation of treatment at the UC in relation to the BUH and CSC. At the BHU 28% of patients reported continuous treatment in comparison to 74% of the CSC and 92% at UC. At worsening of pain, most patients of BHU used self-medication, while at the CSC and UC patients followed medical prescription. It was concluded that the secondary and tertiary levels of health institutions (CSC, UC) are able to treat pain patients with diseases of higher complexity.

KEYWORDS

Chronic pain, health system/ standards, clinical features

1 - Professor titular

2 - Acadêmico de medicina

Encaminhado em Julho de 2004, aceito em Agosto de 2004

Endereço

Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, Centro de Ciências Médicas e Biológicas, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, telefone/FAX - 15 3224-5603.

AUXÍLIO - Bolsa de Iniciação Científica do CNPq.

INTRODUÇÃO

O sintoma dor é um dos principais desafios da medicina nos dias atuais. No âmbito das afeções do aparelho locomotor é o sintoma mais freqüente. Além da sua alta prevalência, sua importância decorre de estar presente nas doenças que mais causam impacto negativo na qualidade de vida¹. Conceitua-se dor como experiência sensorial e emocional desagradável que está associada ou é descrita em termos de lesões teciduais.

Nosso interesse particular se focaliza na dor crônica. Em relação à dor aguda, ela é necessária à manutenção da homeostase e vem sendo considerada um sinal vital. Por outro lado, a dor crônica é uma das principais causas de comprometimento funcional e não tem o mesmo valor biológico da dor aguda².

A dor crônica é um problema global envolvendo sofrimento muitas vezes desnecessário, incapacitação progressiva e custo sócio-econômico importante. Dor crônica não é meramente um sintoma, passando a ser considerada uma doença³.

As afeções do aparelho locomotor são as causas mais freqüentes de ocorrência de dor crônica. Estima-se que 40% dos indivíduos manifestarão dor músculo-esquelética crônica em algum momento da vida².

Entre as principais causas de dor crônica no aparelho locomotor podemos citar: dores em coluna, dor miofascial, fibromialgia, osteoartrose, periartrites, entre outras⁴.

Dessa forma, o alívio da sintomatologia dolorosa deve ser uma preocupação constante do médico, associada ao tratamento da doença de base. Acredita-se que o atendimento médico nos três níveis de unidades de saúde pública deve contar com profissionais preparados para enfrentar tal desafio. A preocupação com a política de atendimento nessa área é mundial e particularmente em nosso meio é necessário estabelecer a forma com que o Sistema Único de Saúde (SUS) atuará de forma eficiente nesse importante assunto da saúde⁵.

No sentido de contribuir para o conhecimento nessa área, apresentamos esse estudo com objetivo de conhecer o perfil dos pacientes com dor crônica e de seus respectivos atendimentos em instituições dos três níveis de atendimento público de saúde na cidade de Sorocaba.

MATERIAL E MÉTODOS

Casística

Foram avaliados 150 pacientes em tratamento de doenças cujo sintoma principal fosse a dor em estruturas do aparelho locomotor com duração superior há 6 meses. Foram consideradas como sede de dor, para inclusão nesse estudo, as articulações, músculos e estruturas periarticulares, como por exemplo tendões, ênteses e bursas.

Os pacientes avaliados estavam em atendimento em uma das unidades de cada nível de atendimento público de saúde da cidade de Sorocaba, a saber:

·PRIMÁRIO - Centro de Saúde Escola de Sorocaba (CSE), sendo

acompanhados pelo clínico dessa unidade básica de saúde;

·SECUNDÁRIO - Policlínica Municipal de Sorocaba (POLICLÍNICA), com atendimento por especialistas em Reumatologia e Ortopedia.

·TERCIÁRIO - Ambulatórios de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), complexo hospitalar onde se realizam as atividades práticas do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CCMB). Não foram avaliados pacientes nos ambulatórios de Ortopedia porque nesse hospital a ortopedia enfoca os casos de trauma, com indicação cirúrgica, tumores ou pós-operatórios, situações essas que não eram o enfoque desse estudo.

Métodos

Os pacientes foram submetidos a questionário padronizado a respeito dos seguintes tópicos:

A - Características da dor - sede e intensidade;

B - Diagnósticos previamente estabelecidos;

C - Acompanhamento clínico;

D - Forma de tratamento realizada.

Os dados foram apurados e tabulados de acordo com o local de atendimento. A comparação estatística foi realizada sob orientação da Disciplina de Bioestatística do CCMB. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis obtidas em dois níveis de atendimento e o teste de Kruskal-Wallis para a comparação entre as variáveis obtidas nos três níveis de atendimento.

O projeto de pesquisa bem como o consentimento pós-informado foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CCMB.

RESULTADOS

Foram avaliados 150 pacientes distribuídos em três grupos de 50 pacientes de acordo com o local de atendimento: CSE, POLICLÍNICA e CHS. A tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes de acordo com sexo e idade dos grupos estudados:

Observa-se um predomínio do sexo feminino nos três grupos. A maior parte dos pacientes acompanhados no Centro de Saúde

Tabela 1
Distribuição dos pacientes de acordo com sexo e idade.

	CSE	POLICLINICA	CHS
	N (%)	N (%)	N (%)
Número de Pacientes	50	50	50
Masculino	13 (26)	17 (34)	10 (20)
Feminino	37 (74)	33 (66)	40 (80)
Idade 18 40	6 (12)	10 (20)	14 (28)
41 60	19 (38)	26 (52)	25 (50)
> 60	25 (50)	18 (28)	11 (22)

escola se situa na faixa etária acima dos 60 anos, enquanto que nas unidades secundária e terciária observa-se um predomínio de pacientes entre os 41 aos 60 anos ($p < 0,05$).

Na tabela 2 mostram-se as características da dor em relação a distribuição articular, intensidade e a presença de fatores moduladores. Designa-se o termo fatores moduladores para as

Tabela 2
Características da Dor Crônica.

	C S E	POLICLINICA	C H S
Sede Oligoarticular	30 (60)	21 (42)	8 (16)
Poliarticular	5 (10)	7 (14)	26 (52)
Segmento da Coluna	10 (20)	20 (40)	1 (2)
Difusa	5 (10)	2 (4)	15 (30)
Intensidade Leve	1 (2)	1 (2)	0 (0)
Moderada	17 (34)	5 (10)	11 (22)
Intensa	21 (42)	12 (24)	19 (38)
Muito Intensa	11 (22)	32 (64)	20 (40)
Fatores Moduladores *			
Emocional	9 (18)	25 (50)	24 (48)
Climático	15 (30)	43 (86)	38 (76)
Esforço Físico	41 (82)	50 (100)	35 (70)
Atividade Física	24 (48)	46 (92)	23 (46)
Não Há	3 (6)	0 (0)	2 (4)

* Cada paciente pode ter referido mais que uma modalidade.

condições que melhoram ou pioram a dor.

Em relação a distribuição da dor osteo-articular, observa-se um predomínio de dor oligoarticular, particularmente nas articulações de membros inferiores nos pacientes atendidos no CSE e na POLICLÍNICA. Já no CHS, observa-se um predomínio de dor poliarticular. O acometimento da coluna vertebral como causa de dor crônica foi observado em maior frequência na POLICLÍNICA e a referência de dor difusa no CHS.

Quanto à intensidade não houve diferenças importantes nos três locais de atendimento, sendo que a maioria dos pacientes apontava dor moderada à severa.

A presença de fatores moduladores foi constatada na grande maioria dos pacientes sem diferença nos três grupos.

A tabela 3 apresenta a frequência do conhecimento de diagnóstico de patologia definida pelos pacientes e quais métodos de investigação diagnóstica foram utilizados até então.

Observa-se uma frequência maior de desconhecimento do próprio diagnóstico de patologia osteo-articular pelos pacientes atendidos no CSE em relação aos atendidos na POLICLÍNICA e CHS ($p < 0,05$). Em relação à utilização de métodos diagnósticos complementares, essa foi predominante no CHS.

A tabela 4 relaciona os diagnósticos citados da forma como referidos pelos pacientes.

Nota-se maior frequência de doenças auto-imunes no CHS e de patologias degenerativas e mecânicas que nos outros locais de

Tabela 3
Aspectos quanto à investigação diagnóstica.

	C S E	POLICLINICA	C H S
Diagnóstico prévio conhecido			
Presente	30 (60)	40 (80)	42 (82)
Ausente	20 (40)	10 (20)	8 (16)
Método Diagnóstico *			
Clínico	11 (22)	33 (66)	18 (36)
Laboratorial	6 (12)	3 (6)	32 (64)
Radiológico	27 (34)	3 (6)	19 (38)

* Cada paciente pode ter referido mais que uma modalidade.

Tabela 4
Frequência das Patologias Diagnosticadas.

	C S E	POLICLINICA	C H S
Tendinite	4	6	3
Gota	4	0	0
Artrose	10	14	5
L E R	4	1	1
Osteófito	2	1	0
Osteoporose	2	5	2
Artrite reumatóide	2		
Fibromialgia	3	0	6
Bursite	0	1	0
Lombalgia	0	5	0
Hérnia de Disco	0	5	0
Escoliose	0	2	0
Espondilite	0	1	0
Esclerodermia	0	0	3
Doença do Tecido Conectivo	0	0	1
Lúpus Eritematoso Sistêmico	0	0	8
Síndrome de Sjogren	0	0	1
Síndrome de Reiter	0	0	1

atendimento.

A tabela 5 mostra alguns aspectos relacionados ao acompanhamento médico.

Observa-se que a maior presença de tratamento contínuo ocorre nos pacientes do CHS e POLICLÍNICA, enquanto que a menor frequência de tratamento, seja contínuo ou esporádico foi observado no CSE ($p < 0,05$).

Em relação aos procedimentos adotados nas agudizações, a maioria dos pacientes afirma seguir orientações dadas pelos médicos anteriormente e uma minoria procura atendimento nos Pronto Atendimentos. Por outro lado na POLICLÍNICA há uma alta frequência de pacientes que referiram não se medicar nas agudizações.

Observa-se que entre os pacientes no CSE, a maioria dos entrevistados refere não ter sido encaminhado para médico

Tabela 5
Aspectos do acompanhamento médico.

	C S E	POLICLINICA	CHS
Continuidade			
Sim	14 (28)	37 (74)	46 (92)
Não	26 (32)	11 (22)	3 (6)
Esporádico	10 (20)	2 (4)	1 (2)
Tratamento nas Agudizações			
Medicação por Conta Própria	19 (38)	4 (8)	16 (32)
Medicação sob orientação	12 (24)	19 (38)	25 (50)
Pronto Atendimento	13 (26)	6 (12)	3 (6)
Espera Melhorar	5 (10)	21 (42)	6 (12)
Referenciado			
Sim	12 (24)	49 (98)	44 (88)
Não	38 (72)	1 (2)	9 (18)
Contra Referenciado			
Sim	12 (24)	4 (8)	3 (6)
Não	38 (76)	46 (92)	47 (94)

especialista pela dor. Poucos pacientes das unidades de referência referiram ter sido contra-referenciados para a unidades básicas de saúde, por outro lado cerca de um quarto dos pacientes do CSE contaram já ter atendido uma unidade de referência e que foram

Tabela 6
Características do Tratamento.

	C S E	POLICLINICA	CHS
Tipo de Tratamento			
Medicamentoso Isolado	24 (48)	16 (32)	35 (70)
Medicamento e Fisioterapia	4 (8)	26 (52)	15 (30)
Medicina Alternativa	1 (2)	0 (0)	0 (0)
Não Trata	21 (42)	8 (16)	0 (0)
Apoio Familiar			
Apoio	19 (38)	25 (50)	33 (66)
Compreensão	13 (26)	13 (26)	4 (8)
Indiferença	16 (32)	7 (24)	9 (18)
Reclamação	2 (4)	5 (10)	4 (8)
Satisfação			
Sim	23 (46)	35 (70)	46 (92)
Não	27 (54)	15 (30)	4 (8)

contra-referenciados para o CSE.

A modalidade de tratamento mais citada como utilizada no momento foi a medicamentosa isolada tanto no CSE quanto no CHS, sendo que na POLICLINICA a associação medicamento e fisioterapia foi mais apontada ($p < 0,05$). No CSE, uma alta porcentagem de pacientes referiram simplesmente não tratar a dor. Em relação ao uso de medicina alternativa, houve baixa frequência de ocorrência.

A maior parte dos pacientes referiu encontrar apoio familiar em relação a suas queixas, porém uma parte significativa, nos três níveis de atendimento, contou observar indiferença por parte da família.

Os pacientes entrevistados na POLICLINICA E CHS referiram satisfação com o tratamento atual da dor em sua maioria, o que não foi observado no CSE ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A constatação que a presença de dor crônica, independente da patologia de base, pode ser considerada uma síndrome, com implicações na saúde dos pacientes, faz com que esse sintoma mereça a atenção dos profissionais da saúde. Dessa forma é bastante interessante que se conheça o perfil clínico dos pacientes de nosso meio para que se torne possível elaborar estratégias de abordagem.

O perfil demográfico dos pacientes estudados mostra um predomínio do sexo feminino. Observa-se uma diferença de prevalência quanto a faixa de idade, sendo que no CSE atende-se pacientes mais idosos. Isto talvez ocorra pela frequência maior de doenças autoimunes inflamatórias na POLICLINICA e CHS, que em geral, acometem a pacientes mais jovens em contraposição a doenças degenerativas, mais prevalentes no CSE.

Em um estudo finlandês, a maior frequência de dor músculo-esquelética, em pacientes atendidos por generalistas ocorreu em homens na faixa etária entre 45 a 54 anos de idade (25/1000) e em mulheres entre 55 e 64 anos (26/1000)⁶. Em função do predomínio feminino, na população por nós estudada, podemos dizer que os resultados dessa avaliação são semelhantes aos encontrados aqui.

Em relação às características da dor chama a atenção que quanto à distribuição dos acometimentos observa-se um predomínio do envolvimento poliarticular no CHS. Isso deve ser consequência de uma maior frequência de pacientes com doenças auto-imune nessa unidade, que são em sua maioria causa de acometimento poliarticular. No caso da POLICLINICA, o envolvimento da coluna vertebral é mais predominante. Deve-se lembrar que nessa unidade foram entrevistados pacientes em ambulatórios de ortopedia e, em geral, tanto pacientes como médicos das unidades básicas de saúde, tendem a referenciar as patologias de coluna para ortopedistas. O predomínio do envolvimento oligoarticular no CSE não causa estranheza, porque essa é a distribuição mais prevalente nas doenças degenerativas ou de partes moles, que em geral são tratados nas Unidades Básicas de Saúde.

As principais causas de dor músculo-esqueléticas que levam o paciente ao clínico geral nos Estados Unidos foram documentadas por Fleisher e cols em 2001. Entre as consultas por razões músculo-esqueléticas destacam-se: dor em coluna em geral (13,1%), dor em joelhos (12,4%) e dor localizada em coluna lombar (10,1%)⁷.

Em relação a intensidade não se observam diferenças entre as unidades, sendo que quase a totalidade dos pacientes refere dor moderada a intensa. Em relação aos fatores de melhora ou piora, chamados aqui de fatores moduladores, observou-se aqueles já referidos na literatura como mais frequentes: emocional, clima, esforço físico e nível de atividade física⁴.

Quanto ao conhecimento de diagnósticos específicos, este é, como esperado, mais freqüente na POLICLÍNICA e CHS, já que sendo unidades de referência, os pacientes são atendidos por especialistas. Mesmo assim pode-se considerar alta a parcela de pacientes do CSE que refere desconhecer um diagnóstico específico de sua doença (CSE 40%; POLICLÍNICA - 20% e CHS - 16%), apesar da referência pelos pacientes de terem sido submetidos a exames subsidiários para investigação nessa unidade (laboratório - 12% ; radiologia - 34%). Isto pode sugerir a eventual não informação ao paciente de seu diagnóstico, e não que realmente ele não tenha sido alcançado.

Em relação aos diagnósticos referidos, observa-se que no CSE predominaram as doenças mecânico-degenerativas enquanto nas outras unidades predominaram as doenças inflamatórias.

Esses achados são semelhantes aos de Katz e cols, que, usando dados coletados no Medicare, examinou o perfil de pacientes referenciados para consulta com reumatologista entre pacientes com idade superior a 65 anos. Quarenta e cinco por cento tinham um diagnóstico de doença inflamatória. Entre esses diagnósticos individuais mais comuns foram: artrite reumatóide (30%), osteoartrite (24%) e doenças da coluna lombar (10%)⁸.

Quanto à adesão ao tratamento e, portanto, continuidade da assistência, essa é maior nas unidades secundária e terciária. Pode-se atribuir esse fato a maior gravidade das doenças tratadas nessas unidades. Já no CSE, apenas 28% dos pacientes referem continuidade do tratamento pela dor. Deve-se ressaltar que nas unidades básicas não há um programa específico de tratamento de dor crônica, o que poderia elevar esse percentual. Isso também se reflete na abordagem dos pacientes na agudizações, já que na POLICLÍNICA e no CHS os pacientes recebem e seguem orientações prévias de como agir nessas eventualidades. No CSE, a maior parte dos pacientes realiza automedicação (38%), procura um Pronto Atendimento (26%) ou simplesmente esperam melhorar (10%).

Em relação ao tratamento, é digna de comentário a maior ênfase dada à fisioterapia na POLICLÍNICA (52%). Talvez, a possível explicação para essa situação seja o atendimento mais freqüente de pacientes com dor na coluna vertebral, casos em que esse tratamento é enfatizado ou ainda uma preferência por essa modalidade entre os ortopedistas de nosso meio, já que nessa unidade foram avaliados pacientes também dos ambulatórios de ortopedia. Ainda é importante ressaltar a baixa utilização dos tratamentos ditos alternativos em nossa população.

O alto índice de pacientes que contaram ter sido encaminhados à POLICLÍNICA e CHS, mostra que a hierarquização proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está sendo executada em nosso meio. Resta saber mais sobre a relação entre as várias unidades quanto ao diagnóstico e abordagem dos pacientes.

Gamez-Nava e cols descrevem com precisão os diagnósticos feitos por médicos do setor primário e sua concordância com aqueles feitos por reumatologistas. De 711 pacientes referenciados ao reumatologista, apenas 347 (49%) já tinham algum diagnóstico. A concordância entre o diagnóstico do clínico que encaminhou e o especialista foi na gota, espondilite anquilosante, doenças da

coluna e lesões localizadas de partes moles. Os clínicos gerais tiveram maior dificuldade para diagnosticar fibromialgia e diagnosticaram em excesso o lúpus eritematoso sistêmico. Em relação a exames subsidiários, houve solicitação de fator reumatóide, fator anti-nuclear e velocidade de hemossedimentação sem fortes evidências clínicas de processo inflamatório⁹.

Este estudo fornece uma visão global do atendimento de pacientes com dor músculo-esquelética crônica e permite análises que levarão a propor novos estudos e mesmo soluções para problemas observados.

CONCLUSÃO

Os pacientes com queixas dolorosas crônicas são em sua maioria do sexo feminino, acima de 40 anos; as unidades secundárias e terciárias de atendimento público a saúde estão aptas a atender casos de maior complexidade e portanto em número insuficiente para atender a demanda; as unidades básicas de saúde, uma vez que realizem programas de capacitação de pessoal, devem dar prioridade a esse atendimento, da mesma forma que o fazem em programas específicos tais como hipertensão, diabetes melitus, tuberculose, etc.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atrá E Fibromyalgia vs Rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol* 1995; 22:201-4.
2. Teixeira MJ, Pimenta CAM Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ (ed). *Dor: conceitos gerais*, São Paulo, Limay 1995.61p.
3. Cailliet, R Dor: mecanismos e tratamento. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999, p258 - 303.
4. Garcia MLB, Calich I Artrites e artralguas. In Martins MA; Beseñor IM, Atta JÁ *Semiologia clínica*. São Paulo, Sarvier, 2002, 566-574.
5. Uhlig T, Hagen KB, Kvien TK Why do patients with chronic musculoskeletal disorders consult their primary care physicians? *Current Opinion in Rheumatology* 2002, 14: 104-8.
6. Rerola KE, Keinänen-Kiukkaanniemi S, Takada J Use of primary health services in sparsely populated country districts by patients with musculoskeletal symptoms: consultation with a physician. *J Epidemiol Community Health* 1993, 47: 153 - 7.
7. Fleisher AB, Gardner EF, Feldman SR Are patients' chief complaints generally specific to one organ system? *Am J Manag Care*. 2001; 7: 299-305.
8. Katz JN, Barret J, Liang MH, Kaplan H, Roberts WN, Baron JA Utilization of rheumatology physician services by elderly. *Am J Med* 1999; 105: 312-8.
9. Games-Nava JI, Gonzales-Lopes L, Davis P, Suarez-Almazor ME Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol* 1988; 11: 326-34.